



YALOVA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

AYRICALIKLI ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU

Doküman Kodu: BY. FR.01

Yayın Tarihi: 06.08.2019

Revizyon Tarihi: 11.02.2022

Revizyon no: 01

Sayfa No:1/1

Talep Edilen Ayrıcalık Türü

Ayrıcalıklı İnternet Erişimi Bilgisayarda Yönetici Yetkisi

KİMLİK TANIMLAMA

Talep Eden Personel:

Değişikliği Yapan Personel:

Adı Soyadı

Birimi

Adı Soyadı

Telefon

DEĞİŞİKLİK

AYRICALIKLI ERİŞİM

Talep Edilen Ayrıcalık

Gerekçe / Açıklama

Ayrıcalığın Sonlandırılacağı
Tarih

YETKİLENDİRME

Yalova İl Sağlık Müdürlüğü bilgi güvenliği ve bilgi sistemlerinin kullanımına dair Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzunu¹ okuduğumu, anladığımı ve riayet etme sorumluluğum olduğunu kabul ediyorum. Ayrıcalıklı erişim hakkı isteğinin işlerimi tamamlayabilmem için gerekli olduğunu ve sadece iş amaçlı kullanacağımı ve ayrıcalıklı erişim haklarından doğacak zararların sorumluluğunu kabul ettiğimi beyan ederim.

Başvuran Personel;

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

E-posta Adresi:

Ayrıcalıklı erişim hakkının kurum politikasına uygun ve başvuran personelin işlerini tamamlayabilmesi için gerekli olduğunu taahhüt ederim. Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur.

Bağlı Olduğu Birim Sorumlusu;

Adı Soyadı:

İmza:

Başkan;

Adı Soyadı :

İmza / Kaşe

Tarih

¹ <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/25755.bilgi-guvenligi-politikalari-kilavuzu-ekler-haricpdf.pdf?0>